

Protocolo de Encaminhamento Oncologia 1ª Vez

Nome do Paciente (Não abreviar)

RG/CPF

Nº Cartão do SUS

Data de Nascimento
/ /

Idade

Sexo

☐ MAS

☐ FEM

Raça/Cor

☐ Branca

☐ Amarela

☐ Preta

☐ Indígena

☐ Parda

☐ Ignorada

Nome da Mãe

Endereço: Rua/Avenida/Quadra

Bairro

Complemento

CEP

Município

UF

Telefone

CID-10

1- Paciente tem biópsia?

☐ SIM

☐ NIC I, NIC II ou NIC III

☐ CEC e/ou CBC de pele

☐ Outros (Descrição OBRIGATÓRIA do sítio da biópsia e do Laudo Anatomopatológico: _____)

☐ NÃO

2 - Caso o paciente NÃO tenha biópsia, o mesmo possui exame de IMAGEM descrevendo lesão sugestiva de tumor primário ou metástase?

☐ SIM. Qual?

☐ Câncer de Mama

☐ Câncer Próstata/Pênis/Testículo/Bexiga

☐ Câncer de Rim

☐ Melanoma

☐ Câncer de Pulmão

☐ Câncer do Sistema Nervoso Central

☐ Câncer de Cabeça e Pescoço

☐ Sarcomas

☐ Câncer Gastrointestinal

☐ Câncer de Paratireóide/Adrenal/Feocromocitina

☐ Tumor Neuroendócrino

☐ Mesotelioma/Timoma

☐ Câncer Ginecológico

☐ Doença Trofoblástica Gestacional

☐ Câncer de Tireóide

☐ Linfoma

Transcrever resumidamente a conclusão do exame (ou envie a imagem do laudo do exame via GestorSaúde): _____

☐ NÃO

3 - Caso o paciente NÃO TENHA BIÓPSIA E EXAME DE IMAGEM, qual história clínica sucinta sugestiva do câncer?

Carimbo/Assinatura do Profissional Solicitante

Data
/ /

Assinatura do Paciente ou Responsável

Número da Autorização

Local do Atendimento

Data do Atendimento
/ /

Horário

Carimbo e Assinatura do Marcador